N° 25.

ESSAI

SUR LE RÉTRÉCISSEMENT ORGANIQUE

DE L'URÈTRE,

CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE LA RÉTENTION D'URINE, ET SUR LE TRAITEMENT CONVENABLE A CETTE AFFECTION;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 février 1831, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;

PAR CHARLEMAGNE ALIZARD, de Villers-lès-Guise,

Département de l'Aisne.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis,
Causa, sed utilitas, officiumque fuit.
OVID., *Epistola ex Ponto*, v. 9.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
ysiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Suppléant.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Président.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Suppléant.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON FRÈRE,

AUGUSTE ALIZARD,

Notaire royal à Montmorillon.

Reconnaissance éternelle.

C. ALIZARD.

AVANT-PROPOS.

Parmi les différentes branches de l'art de guérir, il n'en est point, j'ose le dire, qui semble plus que la chirurgie avoir marché vers la perfection ; et, parmi les nombreuses affections qui composent le domaine de cette dernière, la théorie des maladies de l'appareil urinaire a été singulièrement éclairée par les travaux des chirurgiens célèbres de notre siècle, qui en ont fait le sujet de leurs méditations. Les anciens connaissaient ces maladies ; on en trouve des preuves dans leurs ouvrages ; mais leurs notions sur ce point, beaucoup moins exactes que sur plusieurs autres, étaient bien éloignées de la perfection qu'elles ont acquise depuis. Ces maladies ont été mieux et plus fréquemment observées ; elles sont devenues le sujet de nombreux traités. *Hunter*, *Bell*, *Chopart*, *Desault*, *Sabatier*, MM. *Pelletan*, *Lallement*, etc. ont laissé peu de choses à désirer pour ce qui est de la connaissance des causes et de la curation de ces affections. Mais ces hommes célèbres, envisageant la science dans son ensemble, ont été contraints de se borner à l'exposition des préceptes généraux, et souvent l'élève ne trouve point dans leurs ouvrages ce qu'il y va chercher, c'est à dire des détails minutieux, des particularités nombreuses capables de mieux fixer ses idées. D'après cela, je paraîtrai sans doute téméraire d'oser entrer dans une carrière où tant d'hommes cé-

lèbres se sont illustrés ; mais témoin, dans plusieurs hôpitaux de Paris, de la fréquence des rétrécissemens de l'urètre, et surpris de voir les notions imparfaites qu'en ont encore quelques praticiens des départemens, mon intention s'était portée depuis long-temps sur ces maladies, contre lesquelles la nature, toujours impuissante, laisse à l'art un champ aussi vaste que libre de déployer ses ressources et de préparer son triomphe. J'ai adopté ce sujet en consultant bien plus mon goût que mes forces.

Il s'en faut que j'aie eu la pensée de me croire capable de donner à mon travail toute l'étendue que mérite un sujet aussi important; il n'appartient en général qu'à l'homme doué d'une longue expérience et riche d'observations, fournies par une pratique étendue, de donner une monographie complète dans laquelle on puisse trouver des principes lumineux et féconds, des règles de traitement précises et sûres. Il n'est point donné à un élève d'écrire d'une manière aussi honorable pour lui qu'utile à ses semblables. Heureux s'il peut exposer son sujet avec méthode, rappeler clairement les préceptes qu'il a reçus de ses maîtres, et leur rendre ainsi le seul hommage qui soit digne d'eux!

ESSAI

SUR LE RÉTRÉCISSEMENT ORGANIQUE

DE L'URÈTRE,

CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE LA RÉTENTION D'URINE, ET SUR LE TRAITEMENT CONVENABLE A CETTE AFFECTION.

Les maladies des voies urinaires sont trop nombreuses, et trop importantes pour en faire la matière d'une simple dissertation inaugurale; nous avons choisi notre sujet parmi celles qui, opposant un obstacle à l'excrétion du fluide urinaire, en déterminent directement la rétention. Lorsqu'elles ont leur siége dans le l'urètre, ou au col de la vessie, on leur donne le nom de *rétrécissement*.

Suivant les causes qui les ont produits, ces rétrécissemens sont nombreux, et diffèrent les uns des autres; on peut les rapporter tous à quatre espèces principales : 1°. par inflammation idiopathique, symptomatique, ou métastatique ou autre : rétrécissement inflammatoire idiopathique ou aigu; 2°. par inflammation chronique lente et souvent répétée : rétrécissement chronique ou organique; 3°. par affection spasmodique chez les sujets nerveux : spasmodique; 4°. dépendant d'une autre maladie, telle que tumeur, corps étranger développé

dans l'urètre ou auprès de ce canal, de manière à en comprimer les parois : rétrécissement symptomatique.

Je me contenterai d'avoir énoncé les quatre chefs auxquels peuvent se rattacher tous les rétrécissemens de l'urètre, mon intention n'étant de parler que de celui de la deuxième espèce, communément nommé *chronique*.

Hunter lui donne le nom de *rétrécissement permanent*, ce qui indique assez bien l'insuffisance de la nature dans cette maladie ; mais comme cette dénomination n'est relative qu'à sa durée, et quelle n'en indique point l'essence, je crois préférable de le nommer *chronique*, ou mieux *organique ;* car à la manière des maladies désignées ainsi, il modifie l'organisation de la partie qu'il affecte ; ou, pour parler avec plus d'exactitude, il est la suite immédiate du changement opéré dans la texture de la membrane muqueuse urétrale par l'inflammation prolongée ou répétée dont elle a été le siége. Le rétrécissement de l'urètre devient la cause immédiate de la rétention d'urine ; suivant ses degrés, il rend plus ou moins difficile cette excrétion ; et, parvenu à un resserrement complet des parois de l'urètre, ses effets sont une suppression absolue du fluide urinaire, laquelle ne peut se prolonger sans compromettre la vie des malades. Il importe, d'après cela, de rechercher d'où dépend et comment peut s'établir le phénomène du rétrécissement des parois de l'urètre, par lequel son calibre, ainsi diminué, devient un obstacle à la sortie de l'urine.

Causes prédisposantes du rétrécissement de l'urètre. Le rétrécissement organique de l'urètre, et la rétention d'urine qui en est la suite, est une maladie propre aux hommes, excessivement rare chez les femmes ; il est particulier aux adultes et aux vieillards ; il est aussi plus répandu dans les climats chauds, et au sein des grandes villes, où il affecte encore plus spécialement les individus sensibles, d'une constitution sanguine ou nerveuse, adonnés aux excès des plaisirs de l'amour, à la débauche, à l'abus des liqueurs alcoholiques, etc.

Causes déterminantes. Elles agissent presque toutes en portant un certain degré d'irritation sur la partie qui doit être le siége du mal. Ces causes sont : l'abus des liqueurs spiritueuses, des contusions, des déchirures de l'urètre, occasionées par une chute sur le périnée ou une torsion violente de la verge; des érections fréquentes et prolongées ; l'onanisme, des excès dans le coït, l'inflammation syphilitique. C'est à cette dernière surtout qu'il faut les attribuer; et elle est tellement fréquente, que nous croyons pouvoir affirmer, sans crainte de nous tromper, que sur cent individus affectés de rétrécissement organique, il n'y en a peut-être pas deux dont cette maladie ne reconnaisse pour cause l'inflammation blennorrhagique de l'urètre. Quelques auteurs ne sont pas de cet avis : ils pensent, au contraire, que les excès dans le coït et la masturbation doivent être regardés comme la cause la plus ordinaire de la stricture. Cette opinion ne nous semble pas fondée : en effet, si l'on fait attention qu'avant l'époque où la maladie vénérienne a commencé à exercer ses ravages, on a peu parlé de rétention d'urine par embarras de l'urètre, et que le rétrécissement succède presque constamment à des blennorrhagies répétées et à des écoulemens chroniques, tandis qu'il est très-rare de l'observer chez les individus qui n'ont pas été atteint de cette dernière maladie, on doit nécessairement être porté à considérer la blennorrhagie comme la cause productrice la plus fréquente du rétrécissement. Les érections prolongées, les excès dans le coït et la masturbation peuvent bien contribuer à sa formation; mais nous pensons qu'ils le produisent rarement seuls, et qu'on doit plutôt leur attribuer le rétrécissement occasioné par la dilatation variqueuse des veines, de la portion spongieuse de l'urètre, et surtout de celles qui entourent la portion prostatique de ce canal et le col de la vessie. Est-il d'ailleurs si difficile de concevoir qu'une inflammation chronique, souvent excitée et entretenue par des excès en tous genres, puisse déterminer à la longue, dans la partie qui en est le siége, une altération de ses propriétés vitales et de son organisation? Il faut donc ranger en tête des causes qui produisent une

maladie organique de l'artère l'inflammation chronique de cette membrane. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière dont survient cette altération : les uns ont pensé qu'à la suite de plusieurs inflammations chroniques ou aiguës la muqueuse urétrale devenait dense, calleuse, épaisse, comme ces conduits fistuleux dont l'existence remonte à plusieurs années, et que ces callosités augmentaient peu à peu jusqu'au point d'intercepter le passage de l'urine. D'autres, au contraire, attribuent le rétrécissement de l'urètre à des cicatrices survenues à la suite d'ulcères qu'on trouve dans l'urètre d'un grand nombre d'individus affectés de blennorrhagie chronique, et qui ont détruit une plus ou moins grande étendue de la muqueuse du canal : ces ulcères, en se cicatrisant, produisent un resserrement de la membrane, d'où s'ensuit une diminution dans le calibre du conduit. L existence de ces ulcérations, niée par presque tous les praticiens, admise par *Desault*, et quelques autres chirurgiens non moins célèbres, a été souvent constatée par M. le professeur *Dupuytren*, qui nous en a plusieurs fois montré dans ses leçons. Ces ulcérations sont, les unes superficielles, les autres rondes, profondes et comme formées par un emporte-pièce; elles sont le plus ordinairement bornées à un seul point de la circonférence du canal : dans quelques cas on en a trouvé qui l'occupaient tout entière ; autour et au-dessous d'elles la membrane muqueuse est engorgée et épaissie. C'est à leur cicatrisation que ce praticien, si justement célèbre, attribue un grand nombre des rétrécissemens de l'urètre. Comment, en effet, le rapprochement des bords de l'ulcération pourrait-il s'opérer sans que le calibre de ce canal, naturellement étroit, ne fût diminué.

Un fait digne de remarque, et qui a été observé depuis longtemps, c'est que les rétrécissemens organiques se forment le plus ordinairement depuis l'âge de quarante jusqu'à cinquante ans ; et, à cette époque de la vie, il n'est pas rare de rencontrer des individus affligés de blennorrhagie chronique depuis quinze, vingt années, qui n'ont éprouvé pendant tout ce temps aucune difficulté à uriner qui ait pu

nécessiter l'introduction de la sonde. Pourquoi sont-ils alors affectés de rétrécissement? Doit-on attribuer cette circonstance au changement de régime et de genre de vie adopté par ces individus? Nous le pensons, du moins pour ce qui concerne les rétrécissemens produits par la cicatrisation des ulcérations. Ainsi, chez un jeune homme affecté d'écoulement, les organes génitaux, stimulés par des désirs ou par l'usage immodéré des boissons spiritueuses et des alimens échauffans, sont dans un état d'excitation presque continuel; l'écoulement est alors abondant, et la cicatrice de l'ulcération ne peut se former. Mais lorsqu'il est parvenu à cet âge où la vie perd de son énergie, où souvent alors les malades suivent un régime tout à fait opposé à celui qu'ils avaient suivi jusqu'à cette époque, les organes génitaux, n'étant plus le siége d'une irritation souvent renouvelée, s'affaissent, reviennent sur eux-mêmes, et permettent à l'ulcération de se cicatriser.

Mais les ouvertures des cadavres d'individus morts affectés de rétrécissement de l'urètre m'ont fait voir que l'on pouvait attribuer cette maladie à l'une et à l'autre altération, et j'ai même remarqué que les cicatrices étaient loin de se rencontrer aussi souvent que les indurations.

En effet, si l'on entend par induration l'altération organique résultant de l'inflammation dont la résolution est incomplète, cette altération sera la forme la plus fréquente sous laquelle se présentera le rétrécissement organique de l'urètre. Nous allons prouver qu'elle ne se développe pas au moment où s'annonce ce rétrécissement par ses symptômes ordinaires; mais que, phénomène constant de l'inflammation de l'urètre, quelle qu'en soit la cause, elle l'accompagne dans toute sa durée, succède à tous les autres symptômes, et ne se dissipe jamais qu'incomplètement; que, recevant de nouvelles forces, et pour ainsi dire une nouvelle vie des inflammations successives qui affectent l'urètre, ou des causes irritantes qui portent leur action sur ce canal, elle devient habituelle, fait des progrès continuels, et amène ainsi le resserrement successif des parois de l'urètre jusqu'à une

coarctation complète, d'où naissent alors la difficulté d'uriner et la rétention complète de ce fluide, etc.

L'analogie porte à croire que la membrane muqueuse de l'urètre s'épaissit par l'inflammation comme les autres membranes du même genre. Les symptômes généraux de l'inflammation se retrouvent plus constamment et à un degré plus considérable dans un organe sensible, abondamment pourvu de vaisseaux sanguins. Ils le seront aussi davantage, ils dureront plus long-temps, si cet organe est soumis à diverses causes d'irritations pendant la durée de l'inflammation, dont le résultat doit être nécessairement la prolongation de la maladie. Lorsque l'inflammation affecte long-temps un organe ou plusieurs fois à de courts intervalles, ses symptômes ne se dissipent jamais d'une manière bien complète, et rarement l'organe parvient-il à recouvrer son organisation première.

De ces vérités pathologiques, je conclus que la blennorrhagie ou l'inflammation de la membrane muqueuse de l'urètre doit être longue, difficile à guérir, irrégulière dans sa marche et incertaine dans sa terminaison. Mouvemens involontaires actifs ou passifs, variation subite dans le volume de l'organe et dans le degré des propriétés vitales, quelquefois très-exaltées; passage et impression d'un liquide irritant par lui-même; influence manifeste du régime et des boissons sur l'organe affecté; vaisseaux sanguins considérables et nombreux, etc., nous trouvons réunies toutes les causes capables de prolonger l'inflammation. Il ne faut donc plus s'étonner de la longue durée des écoulemens blennorrhagiques; on cessera de concevoir l'espérance de les guérir promptement. Et c'est bien ici l'occasion de dire que l'on a souvent pris pour une guérison complète ce qui n'était que la cessation d'un des symptômes; or, ce phénomène arrive à des époques infiniment variables, suivant la constitution des sujets, la sévérité de leur régime, enfin la stricte exécution des règles d'un traitement rationnel. Une blennorrhagie simple, récente, chez un sujet jeune et d'une bonne constitution, soumis aux participations médicamenteuses bien ordonnées, qui évite avec soin toute espèce d'abus; une telle blen-

norrhagie, dis-je, peut et doit se terminer facilement. Mais ces cas sont rares, et tout ce que j'ai dit ci-dessus trouve une application bien plus fréquente dans la pratique; mais il est nécessaire de l'entendre principalement de l'écoulement gonorrhéique prolongé ou plusieurs fois renouvelé : c'est celui-là qui s'accompagne d'un engorgement ou épaississement de la membrane muqueuse de l'urètre difficile à se dissiper, et qui ne le fait jamais complètement. Je suis porté à croire qu'il faut attribuer à cette altération seule le renouvellement de l'écoulement sous l'influence des causes les plus légères, analogue en cela à beaucoup d'autres catarrhes chroniques, qui s'accompagnent d'une altération de texture de la membrane qu'ils affectent. Je ne dois pas oublier une dernière observation, propre à enlever tous les doutes, si l'on pouvait encore douter de l'influence qu'a la blennorrhagie dans la production du rétrécissement organique de l'urètre : c'est la condensation des fluides albumineux, suite ordinaire des inflammations de longue durée, ou qui, étant souvent renouvelées, enjambent pour ainsi dire l'une sur l'autre, se reproduisent avant que l'autre ait complètement cessé. Or, l'urètre, nous l'avons prouvé, partage cette fâcheuse prérogative d'être accessible à ces inflammations subintrantes, et l'on prévoit quel en doit être le résultat. Dans la gonorrhée, l'engorgement de la membrane muqueuse est toujours en raison directe de l'inflammation; il se renouvelle avec toutes les causes d'irritation qu'éprouve l'urètre; et, moins susceptible d'une résolution parfaite à chacune de ces récrudescences, il laisse dans le canal des nodosités quelquefois sensibles à l'extérieur, et jette les premiers, les véritables fondemens du rétrécissement de l'urètre.

Quel que soit le mécanisme d'après lequel se forme l'engorgement chronique des parois de l'urètre, toujours est-il vrai qu'il succède à une inflammation quelconque, dont la longue durée, le renouvellement, n'ont point permis aux phénomènes ordinaires de la maladie de se succéder dans l'ordre naturel, ou de se dissiper convenablement; aussi la résolution n'a-t-elle point été légitime.

Lorsqu'un point de la longueur de l'urètre a éprouvé une irritation

plus forte que les autres, et qu'il survient des causes irritantes et étrangères ou des maladies du même genre, c'est ordinairement sur ce point qu'elles se font sentir; aussi, par les raisons ci-dessus, cet endroit se trouve-t-il exposé au rétrécissement.

Si le rétrécissement organique de l'urètre dépend bien évidemment de la gonorrhée, il est bien singulier de le voir ne se manifester quelquefois que long-temps après la guérison de cette maladie. Il s'écoule toujours un temps plus ou moins long, quelquefois des années entières avant que le rétrécissement soit remarquable. L'on voit cependant des malades attribuer à des gonorrhées qu'ils ont eues trente ou quarante ans auparavant le principe de leur mal, arrivé à son plus haut degré, produisant la difficulté d'uriner, etc.

Cette objection seule empêchait *Hunter* de penser que la gonorrhée fut effectivement la cause la plus commune du rétrécissement qu'il nomme *permanent*. Mais la raison est que cette altération s'est accrue avec lenteur; car la sensibilité exaltée et l'état continuel d'irritation dans lequel reste la membrane muqueuse après plusieurs blennorrhagies y entretiennent un plus grand afflux d'humeurs, et doivent tendre par conséquent à augmenter sa densité. C'est par cette raison qu'il n'est pas rare de voir le rétrécissement se former par degrés, lors même que l'écoulement blennorrhagique a cessé depuis long-temps. Enfin la plupart des auteurs s'accordent à penser que l'altération morbide est une inflammation accompagnée d'épaississement du tissu affecté; que ces altérations n'occupent pas tout le canal, que le plus souvent l'inflammation affecte l'extrémité du canal près du gland, et qu'elle pénètre plus ou moins loin dans son intérieur; qu'elle est quelquefois bornée à un seule point, et qu'elle est d'autrefois répandue çà et là.

Symptômes, marche. Lorsqu'il existe un rétrécissement peu considérable de l'urètre, l'urine sort par un jet délié, plus court qu'à l'ordinaire, souvent bifurqué, formant deux spirales entrelacées; ce jet s'interrompt quelquefois; l'excrétion se fait avec lenteur; elle est accompagnée d'un sentiment de cuisson dans l'urètre, de pesanteur au

périnée et dans le bassin. Ces symptômes éveillent l'attention des malades, qui ne font dater la maladie que du moment de leur apparition. Si on ne leur oppose pas les secours de l'art, ils s'aggravent; le jet de l'urine devient de plus en plus délié et plus faible, la sécrétion plus lente, son produit moins abondant, le besoin qui la provoque plus fréquent et plus impérieux; alors, malgré des efforts soutenus, la vessie ne se vide pas entièrement. Si on est quelques temps sans uriner, elle se distend fortement, elle forme une tumeur dure, rénitente, saillante au-dessus du pubis et douloureuse à la pression; le malade éprouve des tiraillemens dans les aines. Cet état peu durer assez long-temps; d'autres fois les progrès de la maladie sont plus rapides, et il survient soit spontanément, soit après un repas très-copieux, une équitation prolongée ou un coït immodéré, une rétention d'urine complète, un rétrécissement inflammatoire se joignant momantanément au rétrécissement organique. Si les malades sont prudens, ils évitent ce grave accident; mais ils ne peuvent se soustraire aux conséquences qu'entraînent les progrès de la maladie. L'urine cesse d'être lancée à distance, elle tombe verticalement entre les jambes; quelque fois elle ne sort que goutte à goutte, bourbeuse, sanguinolente, et en si petite quantité, qu'à chaque instant le malade, malgré la crainte des douleurs les plus cuisantes, est obligé de renouveler les efforts d'excrétion, qui l'épuisent : son visage se gonfle, devient violet, se couvre de sueur; il éprouve une espèce de tremblement général. Quand le rétrécissement est arrivé à ce point, il produit l'incontinence d'urine par un double mécanisme, D'abord les urines, poussées avec force par les contractions de la vessie et arrêtées en partie par le rétrécissement, dilatent toute la portion de l'urètre qui est située derrière cet obstacle; quand la vessie cesse d'agir, l'urètre, revenant sur lui-même, expulse l'urine qui le distend; celle-ci tombe goutte à goutte quand on croit que tout est excrété; elle est d'ailleurs sollicitée à s'écouler par sa situation dans un point plus élevé que l'ouverture du rétrécissement, elle obéit à la pesanteur. En second lieu, la dysurie étant extrême et la vessie continuellement distendue, le

sphincter cède, il est remplacé en quelque sorte par l'obstacle : celui-ci est une digue suffisante tant que le malade reste inactif, mais il cède à un effort musculaire quelconque et laisse passer quelques gouttes d'urine.

Il n'est pas rare qu'un même individu ait plusieurs rétrécissemens ; alors l'urine qui se trouve arrêtée dans leur intervalle, au moment où les efforts d'excrétion cessent, doit continuer de filtrer par son propre poids à travers chaque obstacle, et s'écouler quand on ne s'y attend plus. Si les malades n'ont pas recours à des soins de propreté extrême, ils exhalent une odeur urineuse infecte.

Mais l'urètre n'est pas seulement le conduit excréteur de l'urine, il donne aussi passage au sperme ; quand il est rétréci, l'éjaculation ne peut s'accomplir ; la liqueur prolifique, retenue derrière l'obstacle, sort peu à peu en bavant, et quand l'érection a cessé : le coït est alors dangereux ; l'irritation qu'il produit dans les organes génitaux augmente la difficulté d'uriner et détermine souvent un écoulement qu'on prendrait pour une nouvelle blennorrhagie, s'il ne survenait pas immédiatement après l'acte vénérien, si, parvenu à son summum le jour même, il ne disparaissait pas en peu de jours, n'ayant occasioné que très-peu de douleur ; la flaccidité du pénis empêche encore qu'on se méprenne.

Les efforts que nécessite l'excrétion de l'urine, dans le cas de rétrécissement, les douleurs vives et les incommodités dont elle s'accompagne dérangent la santé générale du malade ; ses digestions se font mal ; son moral s'affecte ; il fuit la société, devient irascible, mélancolique. Tels sont les signes rationnels des rétrécissemens de l'urètre ; les signes sensibles sont fournis par l'exploration du canal : on est sûr qu'il est rétréci quand une sonde, introduite dans sa cavité, est arrêtée dans sa marche ou fortement serrée dans un point de son trajet.

Complications. La dilatation de l'urètre derrière l'obstacle est quelquetois telle, qu'il en résulte une tumeur saillante à la surface du

périnée. Un effet inévitable de cette distention, c'est l'inflammation de la portion dilatée, inflammation qui explique la pesanteur au périnée, la cuisson le long de l'urètre, le suintement muqueux ou puriforme qui tache le linge des malades ou précède le premier jet des urines, le dépôt trouble que celles-ci laissent au fond du vase, enfin leur tendance à se corrompre et leur fétidité. L'inflammation s'étend à la prostate, dont la tuméfaction gêne les fonctions du rectum, détermine des envies illusoires d'aller à la selle; la prostate, enflammée, produit les glaires qui sortent avec les urines et qu'on croit généralement sécrétées par la surface de la vessie; l'inflammation, concentrée sur la portion de l'urètre postérieure à l'obstacle, en produit l'ulcération et la perforation, ou en amène la rupture par un amincissement successif; l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire du scrotum, qui est bientôt frappé de gangrène, d'où résultent des fistules urinaires.

Dans certains cas, l'inflammation donne lieu primitivement à un abcès qui s'ouvre plus tard, soit au périnée, soit dans l'urètre. Souvent cette inflammation se communique aux canaux éjaculateurs et, de proche en proche, aux vésicules séminales, aux conduits déférens et aux testicules, qui deviennent durs et douloureux; il résulte de l'état d'irritation des réservoirs du sperme et de ses canaux excréteurs que l'acte du coït est promptement suivi d'éjaculation; plus tard, l'irritation augmentant, l'émission de la semence a lieu dans un état de demi-érection; le malade perd l'appétit; il s'épuise, tombe dans le marasme.

La vessie, chez les individus affectés d'un rétrécissement considérable et ancien, ne pouvant maintenir les contractions pendant tout le temps nécessaire pour que l'excrétion soit complète, est dans un état continuel de plénitude; le long séjour de l'urine dans son réservoir favorise l'absorption de sa partie la plus aqueuse; le liquide devient plus concentré; il développe dans la vessie un état habituel d'irritation qui augmente la sécrétion des mucosités; celles-ci troublent la transparence de l'urine et forment plus tard un dépôt mu-

queux ou puriforme qui va au fond du vase sans y adhérer. La cystite peut être portée au point de se terminer par ulcération, par perforation même, et alors un épanchement d'urine détermine une péritonite suraiguë promptement suivie de la mort. Avant que la cystite se termine d'une manière si fâcheuse, les uretères et les bassinets se distendent et s'enflamment; les reins eux-mêmes participent à l'inflammation, qui altère profondément leur texture.

Siége du rétrécissement. Tous les points de l'urètre peuvent indistinctement devenir le siége d'un rétrécissement organique de même que de la blenorrhagie, que nous avons reconnue être la cause la plus ordinaire. Cette inflammation catharrhale affecte l'urètre, et l'on pense généralement que la fosse naviculaire en est le siége exclusif; mais nous croyons plus vrai de dire que ce n'est qu'à son début que la maladie affecte ce lieu; car, le plus ordinairement, la phlogose s'étend fort avant dans le canal; en outre, on trouve ordinairement les coarctations ou rétrécissemens de l'urètre dans des points très-différens de l'étendue de ce canal; il est plus commun de les observer dans sa partie bulbeuse qu'à son extrémité antérieure. Il ne faut pas s'étonner que la partie bulbeuse soit plus fréquemment qu'une autre le siége du rétrécissement; elle est la plus pourvue de vaisseaux sanguins, ce qui la dispose éminemment à être affectée d'inflammation : c'est toujours le point sur lequel l'inflammation a le plus sévi qui se trouve resserré, et si plusieurs l'ont partagée, le rétrécissement les affecte simultanément. Les rétrécissemens se trouvent rarement à la portion membraneuse; la portion prostatique n'est pas souvent le siége d'un rétrécissement primitif; il dépend le plus ordinairement, dans cet endroit, du gonflement de la glande qui l'environne.

Caractères anatomiques. La nature et la forme des obstacles au libre cours des urines que laisse après elle l'urétrite varient en raison de l'intensité de la phlegmasie, en raison de sa durée et de sa nature. quand l'inflammation est bornée à la surface villeuse ou sécrétoire de

la membrane muqueuse urétrale, elle produit la rougeur, la turgescence de telle membrane, mais jamais, comme on l'a cru, son induration. Elle ne détermine pas par suite un obstacle à l'excrétion de l'urine, mais seulement un rétrécissement momentané, spasmodique, qui cesse avec l'irritation qui lui a donné naissance. Si l'on a occasion d'examiner l'urètre des individus affectés de ce rétrécissement inflammatoire, on trouve la membrane muqueuse plus épaisse, un peu moins extensible, plus rouge, plus friable dans le point rétréci; les muscles sous-jacens sont fortement conctractés, ce qui donne au canal un aspect froncé : le tissu spongieux est gorgé de sang. Lorsqu'au contraire l'inflammation s'étend à toute la membrane muqueuse, quand elle gagne les tissus sous-jacens, alors elle se termine par induration, et c'est là une des formes qu'offrent le plus communément les rétrécissemens de l'urètre. La membrane muqueuse est quelquefois simplement épaissie, et c'est la saillie qu'elle forme du côté du canal qui gêne l'émission de l'urine. Tantôt une portion de la membrane muqueuse est comme cartilagineuse, mais l'induration est continue et sans bosselure : tantôt, au contraire, on trouve plusieurs petites callosités séparées, et dans leur intervalle la membrane est saine ou du moins conserve son élasticité, tandis que les portions indurées sont sans souplesse, sans élasticité et très-résistantes. L'induration peut s'étendre au tissu cellulaire sous-muqueux et au tissu spongieux lui-même, qui se ressèrent alors et étranglent le canal dans un point de son trajet. On a vu même, ce qui peut être intéressant pour le diagnostic, des nodosités exister dans le tissu spongieux seulement, et ne pas faire saillie à la surface du canal; on les sentait en promenant le doigt le long de la partie inférieure de l'urètre. Les indurations de l'urètre n'ont en général qu'une ou deux lignes de longueur; mais elles peuvent envahir un, deux et même trois pouces de ce canal. Elles donnent quelquefois à l'urètre une direction tortueuse. Les rétrécissemens qu'elles constituent ont un orifice étroit.

Quand l'urétrite se termine par ulcération, ce qui est rare, mais

s'observe quelquefois, il peut s'établir une adhérence entre deux surfaces opposées du canal, dans un point de son trajet : ces adhérences constituent quelques-unes des brides si diversement configurées qu'on rencontre assez souvent chez les individus affectés de dysurie. Ces brides doivent avoir encore une autre origine, car les adhérences spontanées des membranes muqueuses entre elles sont très-rares. On conçoit que l'urétrite peut se terminer par la production d'une fausse membrane, laquelle s'organisant et adhérant à la membrane muqueuse, forme dans l'urètre une bride, une cloison circulaire ou demi-circulaire, qui sépare le canal en deux parties, lesquelles communiquent par une surface plus ou moins étroite. Cette cloison blanchâtre a ordinairement une texture fibreuse; elle est en général moins résistante que les parois du canal. Les brides qui rétrécissent l'urètre sont supportées par une base large, vasculeuse, que forme la membrane muqueuse épaissie par des inflammations répétées; ces brides sont plus ou moins nombreuses. Les carnosités qui, selon les anciens, obstruent constamment l'urètre dans le cas de dysurie, sont fort rares. On voit quelquefois des végétations dans la portion prostatique derrière un rétrécissement, mais elles sont l'effet de l'inflammation chronique qui y siége.

Prognostic. Le rétrécissement organique de l'urètre ne doit jamais être négligé. La nature ne peut rien pour la guérison. Il faut se hâter de donner des secours, et l'on peut espérer, dans presque tous les cas, d'en obtenir d'heureux résultats. On ne doit jamais laisser durer une rétention d'urine : fût-elle même incomplète, elle compromet toujours la vie des malades.

Traitement. Cette partie n'est pas la moins difficile de notre sujet; car s'il est nécessaire de bien connaître une maladie pour la bien traiter, il n'est pas toujours aussi aisé de la traiter convenablement, la connaissant parfaitement : tantôt ce sont les moyens curatifs qui manquent, tantôt ils sont en si grand nombre, qu'il est embarassant

pour les jeunes praticiens de faire un choix s'ils n'ont été à même d'en comparer les effets. D'ailleurs ne sait-on pas que les succès bons ou mauvais peuvent dépendre de tant de causes différentes, qu'il y aurait de la témérité à vouloir conseiller telle méthode curative plutôt que telle autre. Dussions-nous mériter ce reproche, nous hasarderons cependant d'émettre notre opinion touchant les deux méthodes curatives qui semblent aujourd'hui partager tous les praticiens : nous voulons parler de la méthode curative par les caustiques et de celle par les corps dilatans, méthodes tellement opposées d'actions, qu'il n'est guère possible de concevoir qu'elles ne le soient pas d'effets.

La première, celle par les caustiques, tend à détruire plus ou moins complètement la partie qui forme obstacle, et fait par conséquent une perte de substance au canal, d'où résulte la diminution de son calibre par le rapprochement inévitable des parties saines vers le centre de l'ulcération. C'est le même travail que dans les cautérisation des tissus ulcérés; on ne peut presque jamais empêcher cette action mécanique, à moins que la surface des tissus qui doivent se rapprocher ne soient d'une grande étendue et d'une facile extensibilité, comme la peau. D'après cela, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'obtenir une bonne et durable guérison, toutes les fois qu'on aura fait une perte de substance à la surface interne des parois de l'urètre, soit par les caustiques, soit par tout autre moyen, et qu'au contraire, d'après ce que nous avons observé dans les autres tissus, la diminution du calibre de ce canal doit nécessairement suivre immédiatement ou presque immédiatement une plus ou moins grande perte de substance de la surface de ces parois.

Le chirurgien qui chercha à introduire en France la méthode de traitement par les caustiques a bien senti cette difficulté, puisqu'il dit dans sa Préface, pages 3 et 4, qu'il n'y a point un seul cas de rétrécissement sans perte de substance qui ne soit susceptible de guérison par le traitement dont il s'agit; aussi n'admet-il point de cicatrisation d'ulcération, ce qui est contre l'observation. Il est d'ailleurs aisé de voir, d'après ce que nous venons d'avancer, que cette méthode

sera toujours d'un emploi difficile et dangereux, quelques modifications qu'on y apporte, et quelle que soit l'habileté de l'opérateur; car l'on ne pourra jamais déterminer l'irritabilité du sujet, non plus qu'on ne pourra reconnaître la nature du rétrécissement, ni savoir s'il est simple ou multiple, s'il existe dans un point ou dans tout le canal, circonstance fort embarrassante pour le chirurgien. Ce qui nous semble être d'une bien plus haute importance, c'est de ne pouvoir apprécier la longueur et l'épaisseur de la perte de substance faite aux parois du canal. Mais serait-il possible de porter un bon diagnostic sur tous ces points, il faudrait encore avoir recours aux sondes de gomme élastique, que l'on blâme et que l'on veut remplacer, parce qu'elles n'ont pas tout le succès désiré; ce qui, selon nous, n'est pas la faute des moyens mis en usage, mais qui dépend de la manière de les employer, chose qui n'est pas toujours facile et à la volonté des chirurgiens, qui, dans le plus grand nombre des cas, voient leurs procédés échouer par l'incurie des malades, comme l'a très-bien fait observer M. *Dupuytren*. Nous allons donc indiquer et tracer la meilleure conduite à suivre dans l'emploi de ces corps dilatans, qui agissent en affaissant les parties qui rétrécissent le diamètre de l'urètre. Mais auparavant, nous croyons nécessaire de rapporter ici l'opinion de M. *Dupuytren*, touchant l'emploi de ces corps étrangers, comme moyen prophylactique, dans le cas de rupture ou d'ulcération au canal. Ce célèbre praticien dit qu'en employant les sondes de gomme élastiques avant le travail de la cicatrisation, on s'oppose constamment aux rétrécissemens organiques, et que par cette conduite l'on conserve à l'urètre son calibre, sans aucune crainte de récidive, résultat qu'on obtient difficilement par les mêmes moyens, lorsque le rétrécissement existe déjà, ce qui porte ce praticien à penser que, dans ce dernier cas, l'on peut obtenir de grands avantages de la cautérisation suivie de l'emploi méthodique des sondes, ainsi qu'il a eu de fréquentes occasions de l'observer. En définitif, soit qu'on emploie les sondes ou les bougies seules, ou qu'on les fasse précéder de la cautérisation, il n'en sera pas

moins important de déterminer leur longueur par rapport au canal ; elles n'auront par conséquent jamais plus de onze pouces et demi à un pied, rarement moins de neuf pouces ; l'on pourra d'ailleurs se baser sur la longueur du pénis considéré tant dans son état présumé d'érection que dans son état de flaccidité ; leur calibre sera proportionnel à celui qu'on soupçonne à l'urètre, qui n'a jamais les mêmes dimension chez tous les individus, ou mieux encore à celui du rétrécissement. Elles seront coniques ou cylindriques, mais toujours parfaitement lisses et unies ; les yeux ne seront ni trop près, ni trop éloignés du bec, et ils ne se correspondront point ; l'un sera à neuf lignes du bec et l'autre à cinq ; on ne s'en servira jamais sans les avoir préalablement pliées en divers sens, afin de s'assurer de leur solidité ; si elles se rident, s'écaillent ou se fendent, il faudra les rejeter ; leur solidité et leur bonté reconnues, on les enduira d'un corps gras étalé avec les doigts, ayant soin de les frotter rapidement en les faisant tourner en même temps ; par ce procédé, outre qu'on étale mieux les corps gras, on communique aux sondes une douce chaleur qui se répand plus uniformément que celle qui est communiquée par une bougie allumée, ou par tout autre moyen, ce qui n'est pas peu différent pour le canal. Le chirurgien doit user de ces précautions dans tous les cas qui nécessitent le cathétérisme, afin d'éviter les coarctations et les inflammations de la membrane muqueuse, quelquefois même des accidens beaucoup plus graves.

Il faut en même temps combattre les symptômes inflammatoires, s'il en existe, pàr tous les moyens antiphlogistiques employés rationnellement et avec réserve, ouvrir les abcès, etc.

Mais pour employer un traitement rationnel et en obtenir tout le succès désirable, il est nécessaire de distinguer deux degrés dans le rétrécissement : le premier, permet encore l'éjection de quelques gouttes d'urine ; dans l'autre, la rétention du fluide est complète. Le premier de ces deux degrés offre une seule indication, c'est de détruire le rétrécissement ; dans le second, il s'en présente d'eux : 1°. évacuer l'urine, car sa rétention dans la vessie ne peut continuer

sans compromettre la vie du malade ; 2°. détruire, comme dans le cas précédent, le rétrécissement qui a causé la rétention.

Cathétérisme. C'est au moyen du cathétérisme que l'on remplit ces deux indications ; et l'on nomme ainsi une opération qui consiste à faire arriver une sonde dans la vessie à travers le canal de l'urètre. Avec la plus juste raison du monde, on pourrait dire que tout le traitement du rétrécissement de l'urètre consiste dans le cathétérisme ; car sans cette opération on ne peut obtenir de guérison : les autres moyens ne sont que des accessoires. Quand le rétrécissement est récent, il cède promptement à l'usage de la sonde. Quelque avancé qu'il soit, la sonde est encore le meilleur moyen à lui opposer ; il ne s'agit que d'en continuer plus long-temps l'usage. On se sert pour cette opération d'un instrument connu de tout le monde : c'est la sonde ou algali métallique, dont le volume est variable ainsi que la matière employée à sa confection. L'opérateur fait placer le malade sur un lit, la tête fléchie sur le cou et maintenue dans cette position par des oreillers placés convenablement ; il fait aussi fléchir les genoux, les cuisses sur le bassin, et les écarte ; de cette manière les muscles de l'abdomen sont dans le plus grand état de relâchement. Il se place ensuite au côté gauche du malade, saisit la sonde par son pavillon entre le pouce et l'index de la main droite, allonge le médius sur le corps de l'instrument ; puis, ayant enduit sa pointe d'un corps gras quelconque, il le présente à l'ouverture de l'urètre, le tenant bien exactement dans la direction de l'axe du corps, la concavité répondant au ventre du malade ; il l'enfonce dans le canal : mais le pénis aura été préalablement saisi au-dessous de la base du gland, entre les troisième et quatrième doigts de la main gauche ; le pouce et l'index auront abaissé le prépuce de manière à mettre le gland à découvert.

Au moment où la sonde pénètre dans l'urètre, la main gauche doit allonger et pousser le pénis sur cet instrument, de manière à lui faire faire autant de chemin sur lui qu'il en parcourt lui-même

dans l'urètre. Arrivé à la portion bulbeuse, au-dessous de la symphyse du pubis, le chirurgien abaisse ensemble le pénis et le pavillon de la sonde, maintient son bec dans la direction connue du canal de l'urètre, ayant bien soin de suivre ou de cotoyer sa partie supérieure plutôt que l'inférieure; on arrive ainsi plus sûrement au col de la vessie, et c'est le meilleur moyen d'éviter les fausses routes, s'il y en a, ou de n'en point faire. Enfin, en continuant le même mouvement, en poussant la sonde dans une bonne direction, et en ne pressant que légèrement, elle arrive dans la vessie : on en est averti par la sortie de l'urine et par le défaut de résistance qu'éprouve la sonde. On peut en effet la porter dans toutes les directions ou la faire tourner sur son axe; c'est son extrémité surtout qui est ainsi mobile. La sortie de l'urine ne suit pas toujours immédiatement l'entrée de la sonde dans la vessie; des caillots de sang ou des mucosités épaisses peuvent en occuper les ouvertures; mais l'urine, ne tardant pas à les dissoudre ou à les chasser devant elle, n'en éprouve bientôt plus d'obstacle : on facilite la sortie de l'urine en pressant légèrement la région hypogastrique, où se trouve la vessie distendue.

Lorsque l'on pratique le cathétérisme pour la première fois sur un sujet affecté de rétrécissement, on se sert d'une sonde d'argent de petit calibre (d'une ligne et demie de diamètre), répondant aux numéros 2 ou 3 des sondes élastiques; il est infiniment préférable de recourir de suite à une sonde de cette dimension. Si l'on éprouve quelques difficultés, on doit présumer le rétrécissement considérable, et l'on en prend une autre plus petite, garnie de son stylet pour la rendre plus résistante; ce stylet doit la remplir exactement, surtout vers la pointe ou bec, afin d'en bien boucher les ouvertures. Dans des cas de difficultés extrêmes, où l'on est obligé d'avoir recours à des sondes fort déliées, on doit les préférer faites d'un métal plus résistant que l'argent. M. *Dupuytren* se sert avec beaucoup de succès de sondes de platine. Je les crois préférables aux précédentes, en raison de la grande densité du métal qui les compose, ce qui permet

de leur donner un très-petit calibre sans leur ôter tant de leur force; j'en ai vu qui n'avaient guère plus d'une demi-ligne de diamètre antérieurement; il n'y a peut-être pas de rétrécissement qu'elles ne puissent franchir, par là on est exempté de recourir aux sondes coniques à leur extrémité, ce qui n'est pas un de leurs moindres avantages; car je ne pense pas que l'usage de ces dernières soit toujours sans danger, et la plupart des praticiens se réunissent à dire qu'elles ne sont pas d'un emploi fort commode.

On éprouve souvent de grandes difficultés dans l'opération du cathétérisme; elles tiennent à une infinité de causes.

Si l'obstacle à l'introduction de la sonde est situé près de la portion bulbeuse de l'urètre, on introduit un doigt de la main gauche dans le rectum; puis, en tirant en avant, on amène le sphincter dans cette direction, et l'on met par là le muscle bulbo-caverneux dans le relâchement. Souvent la contraction spasmodique de ce muscle constitue un obstacle difficile à vaincre. Cette introduction du doigt dans le rectum est encore fort utile pour diriger la sonde dans la portion membraneuse et prostatique du canal de l'urètre.

Si les obstacles que l'on rencontre n'ont pas permis, après plusieurs tentatives infructueuses, de pénétrer dans la vessie, il faut cesser ces manœuvres. En continuant, on augmenterait l'éréthisme et la tension; mais on saignera le malade, on le mettra dans le bain. Ce moyen est doublement avantageux; il relâche les parties et rétablit l'équilibre dans la circulation des vaisseaux de l'hypogastre : des sangsues au périnée sont encore très-utiles. Les lavemens sont fort bien adaptés à la thérapeuthique de ce cas; on les rend mucilagineux et adoucissans : l'évacuation qu'ils procurent favorisent la circulation dans tout le système hémorrhoïdal, de même que la déplétion des vaisseaux du pénis. Si ces moyens ne vont pas jusqu'à permettre l'excrétion de l'urine, on en doit attendre néanmoins les plus heureux résultats pour l'introduction de la sonde, en raison du relâchement qu'ils ont produit. On peut perdre l'espoir de faire pénétrer une sonde dans la vessie, lorsqu'on n'y a pas réussi

après avoir fait usage des calmans et adoucissans indiqués ci-dessus. Il faut plus que jamais se garder d'efforts violens.

Dans des cas où l'obstacle à la sortie de l'urine était complet, on a conseillé la sonde à dard ; mais la ponction de la vessie est mieux indiquée dans ce cas.

Avant de passer à l'exposé de cette opération, je vais dire quelques mots sur les fausses routes, définir cet accident, comment il se produit, et la manière de l'éviter en pratiquant le cathétérisme. On nomme ainsi le trajet que peut parcourir hors de l'urètre la sonde qu'on cherche à y introduire. Elles y sont toujours le résultat des efforts violens qu'on a faits pour sonder les malades. La membrane muqueuse de l'urètre, pressée et poussée par le bec de la sonde, finit par céder à cet effort, et se déchire : alors l'instrument s'insinue entre les plans des fibres et la membrane qui constituent l'urètre. D'autres fois le bec de la sonde, mal dirigé, n'étant plus dans la direction du canal, heurte un point de ses parois plus ou moins perpendiculairement ; ou bien le canal, dévié dans un endroit par le gonflement inégal de ses parois, se trouve plus pressé là qu'ailleurs ; on veut vaincre la résistance par la force : l'urètre, tiraillé, se déchire, comme tous les tissus enflammés, avec assez de facilité. Il peut exister à la fois une ou plusieurs fausses routes ; elles commencent et se terminent à des points fort variables ; souvent elles n'ont qu'une de leurs ouvertures dans le canal, l'autre s'arrêtant çà ou là dans l'épaisseur de l'urètre et du tissu cellulaire qui l'unit aux autres parties du pénis ou du périnée ; celles qui commencent près du bulbe de l'urètre traversent la partie spongieuse parallèlement au canal, où elles rentrent après un trajet plus ou moins long ; celles qui ont leur premier orifice plus bas, dans la portion membraneuse ou la courbure de l'urètre, s'écartent de la direction du pénis, et traversent le tissu cellulaire compris entre le rectum et la vessie, s'y terminent ou bien s'avancent jusqu'à cet organe, qu'elles percent dans un point de son bas-fond. On rencontre généralement l'orifice antérieur des fausses routes à la partie inférieure du canal de l'urètre ; ses parois sont là

moins fortes qu'ailleurs, et la direction que prend communément la sonde introduite inconsidérément rend raison de leur fréquence à cet endroit. Les fausses routes doivent toujours soigneusement être évitées, puisqu'elles peuvent devenir la cause d'une inflammation plus ou moins considérable, de fistules et de dépôts urinaires. Elles augmentent les difficultés du cathétérisme, et peuvent même empêcher d'arriver dans la vessie, lorsqu'on ne met pas un très-grand soin à les éviter. Il ne faut pas perdre de vue la direction du canal, cotoyer sa partie supérieure, au-dessous de la symphyse du pubis, et n'opérer jamais qu'une pression légère. Il est singulier qu'un accident de la nature des fausses routes, accompagné de déchirures de parties vasculaires essentielles, souvent très-considérables, ne soit pas accompagné de plus de dangers, qu'il n'en résulte pas même d'infiltrations d'urine; ce qu'il faut attribuer à ce que le canal étant traversé d'avant en arrière, les parois de la fausse route font soupape, sur laquelle les urines passent sans s'infiltrer. Quoi qu'il en soit, elles sont un accident très à redouter; et si l'on craint d'en faire, ou s'il en existe déjà qui mettent obstacle à l'introduction de la sonde, la ponction de la vessie est indiquée.

Ponction de la vessie. On ne doit songer à pratiquer la ponction de la vessie qu'après avoir employé infructueusement tous les moyens ci-dessus indiqués, d'où l'on voit qu'elle sera rarement mise en usage. La ponction de la vessie a cependant le grand avantage de faire cesser les accidens graves produits par un rétrécissement complet qu'il a été impossible de vaincre ; elle donne issue à l'urine, dont la rétention compromet la vie des malades ; elle peut dans quelques cas faciliter le cathétérisme, mais elle ne détruit jamais la cause de la rétention. Pourquoi ne peut-on pas dire qu'elle est toujours sans danger ? On sait, par exemple, qu'elle expose à l'infiltration d'urine, qu'elle n'est qu'une ressource momentanée. Enfin il faut, pour s'y décider, attendre cette réunion si grave de symptômes qui font redouter la rupture de l'urètre ou de la vessie, les dépôts urineux, la gangrène et la mort ;

il faut que des tentatives répétées et mal dirigées aient produit des fausses routes qui enlèvent au praticien le plus exercé l'espérance d'arriver dans la vessie par le canal de l'urètre. Il est bien certainement trop vrai de dire que les dangers d'une opération s'évanouissent aux yeux du praticien habile dont le talent parvient à en surmonter les difficultés. On pratique la ponction de la vessie par l'hypogastre d'après le procédé de M. le professeur *Pelletan*. Le malade est couché sur le bord de son lit, la tête et les cuisses fléchies sur le tronc, ces dernières écartées. L'opérateur se place à la droite du malade; et, s'étant assuré de la plénitude de la vessie, s'arme d'un trois-quarts droit, long de quatre à cinq pouces, et dont la tige est bien fixée sur le manche. Il le porte sur la ligne blanche, à un demi-pouce au-dessus des os pubis, et non point à deux pouces : à cette hauteur, non-seulement l'épaisseur des parties à diviser est plus grande, mais l'on a plus à craindre que la vessie, revenant sur elle-même, n'abandonne la canule après la sortie de l'urine. On enfonce donc le trois-quart perpendiculairement à la surface de la peau ; la distension de la vessie favorise beaucoup l'entrée de l'instrument. Alors on retire le poinçon, et, sans laisser écouler l'urine, on y substitue une sonde élastique ; elle pénètre dans la vessie à travers la canule du trois-quart, que l'on retire en la faisant glisser sur cette dernière. L'urine enfin s'échappe. Mais il faut avoir soin d'introduire la sonde élastique à une assez grande profondeur, pour se mettre à l'abri de la crainte qu'elle ne soit abandonnée par la vessie revenant sur elle-même après la sortie du fluide qu'elle contenait ; puis on l'assujettit à un bandage de corps : elle reste ainsi placée autant de temps qu'on le juge à propos ; son séjour est à peu près sans danger. Il serait préférable de laisser cette canule sans la boucher : c'est un bon moyen de prévenir l'infiltration urineuse à laquelle cette opération prédispose toujours. Cependant la ponction de la vessie n'a satisfait qu'à la première indication. On n'oubliera point qu'il faut rendre aux voies naturelles leurs dimensions accoutumées : on y parvient au moyen de sondes ; mais leur introduction est difficile, car nous avons supposé l'obstacle considérable

et la rétention complète. C'est ici le seul cas où l'on doive recourir sagement et avec confiance à l'usage des bougies de cordes à boyau. Elles réunissent plusieurs avantages qui les doivent faire adopter de préférence aux autres moyens du même genre ; elles sont minces, fermes, lisses, peuvent s'insinuer dans les rétrécissemens les plus étroits et franchir les plus grands obstacles. Susceptibles par leur nature d'absorber beaucoup d'humidité, elles en reçoivent une augmentation notable dans leur volume, ce qui les rend propres à dilater la portion rétrécie. Le mouvement de torsion qu'elles éprouvent alors ne pourrait-il pas les faire pénétrer plus avant dans la partie resserrée du canal de l'urètre? M. *Dupuytren* s'en sert quelquefois dans le but de dilater l'urètre et de préparer le passage à la sonde, plutôt que d'employer la force pour vaindre la résistance, et la rétention complète de l'urine n'est point à ses yeux un obstacle à l'emploi de cette méthode, dans les cas où elle ne dure pas depuis long-temps. Dix à douze heures se sont à peine écoulées depuis que la bougie a été introduite que tout obstacle cesse, ou se trouve notamment diminué. Une fois introduites, il les fixe à l'extérieur par un mécanisme fort ingénieux ; il leur donne une certaine courbure, de sorte que, par leur élasticité, ces corps pressent sans cesse sur la coarctation, et préparent ainsi leur entrée dans ce point.

Lorsqu'enfin la sonde métallique a pénétré dans la vessie, on en fait écouler l'urine, et elle reste dans ce canal : mais il n'est pas prudent de l'y laisser plus de vingt-quatre heures ; elle comprime péniblement les parois de l'urètre, et, s'adaptant mal aux courbures de ce canal, elle distend inégalement divers points de son étendue : M. *Dupuytren* ne la laisse communément que douze heures ; alors on la retire pour y substituer une sonde de gomme élastique. On peut fréquemment choisir celle-ci d'un volume un peu plus gros que la première, sans éprouver beaucoup plus de difficulté à l'introduire. Il est bon de vider la vessie avant d'en retirer l'algalie, parce que, dans le cas où l'introduction de la sonde serait difficile, on a plus de temps à sa disposition. La sonde de gomme élastique doit entrer plusieurs

jours dans le canal de l'urètre et dans la vessie. Il importe d'indiquer de quelle manière on doit la placer pour gêner moins le malade et mieux remplir le but qu'on se propose. Ne perdons jamais de vue que cette sonde ne doit faire dans la vessie que le moins de saillie possible; trop enfoncée, elle peut heurter ses parois, déterminer un catarrhe, et même l'ulcération et la perforation de ses tuniques. La sonde une fois introduite, et tandis que l'urine s'écoule, on la retire doucement par de petits mouvemens, jusqu'à ce que ce liquide cesse de sortir; on juge de là que ces ouvertures ne se trouvent plus dans la cavité de l'organe, mais on la repousse avec la même précaution, et l'on s'arrête aussitôt que l'urine a repris son cours.

Mais il ne suffit pas d'avoir bien placé la sonde, il faut la maintenir, et pour cela je ne connais pas de meilleure pratique que celle dont on fait usage à l'Hôtel-Dieu : deux longs cordons arrondis, mous et flexibles, résultant de l'assemblage d'un certain nombre de fils de coton, sont appliqués par le milieu de leur longueur sur la sonde à un demi-pouce ou un pouce du gland environ, et fixés dans cet endroit par deux nœuds croisés, fortement serrés; chacune de leurs extrémités est tournée plusieurs fois et fixée autour d'un anneau qui embrasse le pénis, puis on les attache à quatre points d'un bandage de corps placé à cet effet sur l'abdomen et la région lombaire : deux sont fixés en avant près de la crête iliaque ou du pli de l'aine, de chaque côté; les deux autres le sont en arrière à des points diamétralement opposés aux précédens. Je n'ai jamais vu que la sonde, attachée et fixée ainsi, se soit déplacée; les deux nœuds bien serrés suffisent toujours pour la retenir. Quoi qu'en aient dit quelques auteurs, on doit boucher la sonde dans le cas d'un rétrécissement simple, sans autre accident que la difficulté d'uriner; autrement l'urine s'écoulant sans cesse, et ses parois, venant à s'affaisser, reposeraient sur le bec de la sonde, d'où résulterait une irritation dangereuse, un catarrhe, auquel les malades sont déjà si disposés, des ulcérations et peut-être la perforation des parois de la vessie. Il faut tout faire pour éviter ces accidens. L'occlusion de la sonde a encore

un autre avantage : l'urine, accumulée dans la vessie, fait effort pour s'échapper; passant entre la sonde et le canal, elle en peut dilater le rétrécissement et hâter la guérison ; en bouchant la sonde, les malades se tiennent plus propres, chose fort à souhaiter dans ces maladies. Ce précepte de boucher la sonde ne doit pas être adopté d'une manière exclusive à tous les cas de rétrécissement organique de l'urètre; il serait plus dangereux qu'utile, s'il s'était formé une dilatation du canal de l'urètre derrière l'obstacle, et plus encore s'il y avait rupture de ce point, fistules, dépôts. Si l'on a pris le parti de boucher la sonde, il faut recommander au malade d'en ôter le bouchon chaque fois que l'envie d'uriner se fait sentir; il le fera sans déplacer l'instrument, et le remettra avec les mêmes précautions : rien n'est plus important pour le malade que sa sonde ne se déplace pas; aussi faut-il lui recommander d'y porter la main et de la soutenir chaque fois qu'il aura besoin de moucher, cracher, toutes les fois qu'il voudra changer de place dans son lit. Le séjour de la sonde dans l'urètre détermine durant les premiers jours une légère phlogose de sa membrane muqueuse; elle est suivie d'un écoulement muqueux ou puriforme plus ou moins abondant : cet accident n'est jamais dangereux, il nécessite quelquefois cependant d'en interrompre l'usage ; les bains de siége, le repos le plus absolu le font ordinairement cesser. Un autre accident, plus grave, mais heureusement moins fréquent, c'est l'engorgement inflammatoire des testicules; il arrive plus tôt ou plus tard, suivant la disposition des sujets, leur sensibilité ; l'exercice auquel ils se livrent trop tôt après l'introduction de la sonde en est quelquefois la cause : le repos, les bains généraux ou de siége, les cataplasmes émolliens, les sangsues au périnée ou la saignée, suivant les circonstances, le font dissiper. Une sonde de gomme élastique ne doit jamais séjourner dans l'urètre et dans la vessie plus de cinq à huit jours; il convient de la retirer pendant cet espace de temps pour la laver, la désobstruer des mucosités dont se remplit sa cavité, enfin pour prévenir les incrustations pierreuses dont elle pourrait se recouvrir, comme il arrive à tout corps solide

plongé dans une dissolution saline concentrée; rien ne serait plus douloureux et plus nuisible que de la retirer sans cette précaution.

Progrès vers la guérison. On s'aperçoit aux signes suivans que le rétrécissement marche vers la guérison : l'écoulement puriforme a diminué, ou complètement cessé depuis un temps plus ou moins long ; la sonde devient plus libre dans le canal ; on peut facilement la faire tourner sur elle-même ; le jet d'urine augmente en grosseur, et sa force croît dans la même proportion. L'urine se fait jour entre la sonde et les parois du canal : il n'est plus nécessaire alors de la laisser à demeure ; mais on l'introduit plusieurs fois dans le jour, chaque fois que le malade ressent le besoin d'uriner. Il devient fort avantageux de lui avoir montré la manière de se passer lui-même la sonde ; il peut le faire ensuite à sa plus grande commodité ; ce n'est point une chose difficile. Ils peuvent aussi garder la sonde dans la vessie pendant la nuit et la retirer pendant le jour pour vaquer à leurs occupations ; mais il faut toujours leur recommander l'examen attentif du jet de leurs urines, dans la crainte qu'il ne vienne à diminuer : on les soumettrait de suite à l'usage continuel de la sonde.

Ce traitement est long, incommode, fatiguant ; il dégoûte le malade ; mais à quoi ne se soumettrait-t-on pas pour éviter des accidens graves, et même la mort? Après la guérison, les malades restent fort disposés à la récidive : on leur recommande d'éviter avec le plus grand soin tout ce qui doit affaiblir l'urètre et la vessie, ou, pour parler avec plus d'exactitude, toutes les causes irritantes qui portent spécialement leur action sur les parties. Il n'est point déplacé de mentionner ici un moyen sûr de calmer l'érection involontaire prolongée, si fréquente et si nuisible dans le rétrécissement de l'urètre : il consiste en des bains de siége ou simplement locaux, composés avec une décoction de pavots, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'extrait de saturne. C'est une erreur bien grande que de croire la maladie radicalement guérie dès que le retour de l'urine est rétabli. Le canal de l'urètre peut bien être

rendu à sa diminution primitive, sans que sa membrane ou le tissu spongieux qui le constituent aient recouvré leur organisation première. C'est à cette altération qu'il faut attribuer la tendance qu'il a à se rétrécir de nouveau. Il n'y a pourtant pas d'autre moyen à lui opposer que la sonde; il faut en revenir à son usage dès que l'urine cesse de couler avec facilité; sans cette précaution, la maladie ferait des progrès plus rapides qu'avant le traitement.

Les dépôts urineux, les fistules qui en sont la suite, quoique constituant une partie intéressante de l'histoire du rétrécissement organique du canal de l'urètre, ne nous occuperont point ici. Tout leur traitement consiste dans le cathétérisme; le plan que nous nous sommes tracé, et les bornes d'une dissertation ne nous permettent pas d'épuiser un sujet aussi intéressant.

Voici maintenant ce que nous croyons devoir conseiller pour assurer le succès de cette méthode : 1°. faire en sorte que les sondes ne dépassent le col de la vessie tout au plus que de neuf à douze lignes; de ne laisser jamais la première sonde dans la vessie plus de trois ou quatre jours, afin de s'assurer si elle n'est pas incrustée : par ce soin on prévient la formation de noyaux de calcul lors de leur extraction, ou bien les déchirures de la membrane muqueuse urétrale, ce qui transforme souvent tout le canal en un ulcère. 2°. De ne jamais remplacer une sonde d'un petit calibre par une sonde d'un calibre trop au-dessus, afin d'éviter une trop grande et trop brusque distension de l'urètre. 3°. De ne jamais non plus retirer trop brusquement la sonde, de bien saisir l'instant où elles peuvent être avantageusement changées : c'est surtout quand elles sont très-mobiles dans le canal; trop tôt ou trop tard peut diminuer leur effet salutaire. Cet instant ne peut d'ailleurs être déterminé d'avance; il est relatif à chaque malade, et doit être laissé à la sagacité du chirurgien. 4°. De ne jamais faire porter au malade des sondes qui aient plus de trois lignes de diamètre, afin d'éviter la distension outre mesure de ce canal, et surtout au col de la vessie,

qui, en perdant sa contractilité, expose le malade à des incontinences d'urine incurables.

Nous pensons que ce traitement, suivi pendant deux ou trois mois avec les précautions que nous venons d'indiquer, suffit, dans le plus grand nombre des cas, pour rendre à l'urètre un calibre qui permette le libre passage de l'urine, et pour fondre les callosités et les duretés, s'il en existe.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LORRY).

I.

Quibus in urina arenosa subsident, illis vesica calculo laborat. *Sect.* 4, *aph.* 79.

II.

Si quis sanguinem aut pus mingat, renum aut vesicæ exulcerationem significat. *Ibib.*, *aph.* 75.

III.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.